

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

Ärztliche Verantwortung an den Grenzen der Sinnhaftigkeit medizinischer Maßnahmen. Zum Umgang mit „Futility“.

Vorwort

Die Frage, was unter „Futility“ (Sinnlosigkeit) im Kontext der Gesundheitsversorgung zu verstehen ist, wird nicht zuletzt angesichts der SARS-CoV-2-Pandemie und ihrer Implikationen international diskutiert. Mit ihrer im Dezember 2021 publizierten Stellungnahme hat zuletzt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Beteiligung an der Diskussion zu diesem komplexen Thema aufgerufen. Im Fokus dieser Diskussion stehen mit Unsicherheiten behaftete Situationen, in denen trotz fortgesetzter medizinischer Versorgung oder Behandlung keine vernünftige Hoffnung auf Heilung oder Nutzen besteht.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) entschieden, die ärztlichen Aufgaben, nicht zuletzt im gemeinsamen Entscheidungsprozess mit Patient:innen in solchen Situationen aufzuzeigen und eine Orientierungshilfe für Situationen zu formulieren, in denen mögliche Maßnahmen medizinisch fragwürdig oder sinnlos erscheinen. Ziel ist die Beseitigung von Unsicherheiten und damit verbundenen Konfliktmöglichkeiten. Dabei differenziert die ZEKO zwischen zwei Futility-Konstellationen und stellt mit diesem innovativen Vorschlag dar, ob und wann ärztlicherseits im Einzelfall aus Sicht der ZEKO auf bestimmte Maßnahmen von vornherein verzichtet werden muss oder auch darf und welche Abwägungen aus Sicht der ZEKO in das Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den Patient:innen eingebracht werden sollten. Nur dann, wenn kein begründeter Zweifel darüber besteht, dass eine therapeutische Strategie unwirksam oder kontraindiziert ist oder ein sehr ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweist, muss der:die Patient:in aus Sicht der ZEKO darüber nur auf Nachfrage infor-

miert werden. In allen anderen Fällen ist die Abwägung einschließlich der Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit einer therapeutischen Strategie für den:die individuelle:n Patient:in im Gespräch transparent zu erläutern.

Als anschauliche Hilfestellung wurden die ärztlichen Überlegungen zur ethischen Bewertung von therapeutischen Strategien im Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung einschließlich der beiden Futility-Konstellationen in einem Übersichtsschema zusammenfassend dargestellt.

Gerade mit Blick auf die Implikationen für die ärztliche Praxis ebenso wie für die betroffenen Patient:innen und ihre Angehörigen haben die Mitglieder der ZEKO die verschiedenen Aspekte von „Futility“ ausführlich diskutiert und sorgfältig bewertet. Ich freue mich umso mehr, dass im Ergebnis dieses Prozesses die folgenden Hinweise für das ärztliche Handeln zum Umgang mit „Futility“ von den Mitgliedern der ZEKO einstimmig verabschiedet wurden. Für die teils kontroversen, aber stets konstruktiven Diskussionen sowie das Engagement bei der Ausarbeitung dieser Stellungnahme sei den ZEKO-Mitgliedern sowie allen Beteiligten an dieser Stelle ausdrücklich gedankt.

Berlin, im März 2022



Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz

Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

1. Einleitung und Problemstellung

Angesichts sich stetig erweiternder medizinischer Möglichkeiten einerseits und einer Bandbreite verschiedener Therapieziele zwischen kurativen und palliativen Ansätzen andererseits fragen sich Ärzt:innen zunehmend, wann sie von sich aus auf den Einsatz bestimmter medizinischer Maßnahmen verzichten dürfen oder sogar sollten, und in welchen Fällen diese Überlegungen in das Gespräch mit ihren Patient:innen eingebracht werden sollten.

Die Antwort auf diese Fragen erscheint auf den ersten Blick einfach: Sinnlose medizinische Maßnahmen dürfen Ärzt:innen nicht anbieten, sie müssen darüber mit ihren Patient:innen auch

nicht sprechen. Sie müssen vielmehr auf sie verzichten.¹ Was allerdings unter Sinnlosigkeit („Medical Futility“ oder kurz: „Futility“) zu verstehen und wann eine medizinische Maßnahme sinnlos („futile“) ist, ist trotz einer jahrzehntelangen Diskussion über „Futility“ weiterhin unklar und kontrovers.² Dementsprechend groß ist die Unsicherheit in der ärztlichen Praxis.

¹ § 11 Abs. 1 MBO-Ä lautet: „Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.“

² In einer aktuellen Veröffentlichung von John McMillan [13] wird sie sogar als „Ewigkeitsfrage“ bezeichnet.

Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Stellungnahme die zuletzt von der SAMW erörterte Frage nach dem Umgang mit dem Konzept der „Futility“ in der Medizin [18] aufgreifen und Orientierung bieten für Situationen, in denen mögliche Maßnahmen medizinisch fragwürdig erscheinen und die ärztlichen Aufgabengaben im gemeinsamen Entscheidungsprozess mit Patient:innen in solchen Situationen aufzeigen. Dazu werden die ethischen und rechtlichen Aspekte dieser Situationen herausgearbeitet und Hinweise für das ärztliche Handeln in typischen Konfliktsituationen gegeben.

Die ZEKO möchte damit zugleich einen Beitrag dazu leisten, die verschiedenen Konstellationen von „Futility“ genauer zu unterscheiden und in den Kontext der Entscheidungsfindung bei der ärztlichen Therapie einzuordnen.

2. Hintergrund

Unter welchen Bedingungen eine medizinische Maßnahme als „futile“ bzw. sinnlos oder unangemessen bewertet werden kann bzw. soll, wird bereits seit den 1970er Jahren diskutiert und ist international bis heute umstritten [18; 13; 1]. Ein erster Diskussionsstrang befasst sich dabei mit der Frage, anhand welcher Kriterien sog. „futile outcomes“ zu bestimmen sind. Dabei zeigt sich, dass der Ansatz, „Futility“ als ein mit 100%iger Sicherheit nicht erreichbares Outcome zu definieren, wie die Rettung von Schwerverletzten mit Durchtrennung des gesamten Rückenmarks im zervikalen Bereich oder ohne physiologische Reaktion auf Reanimationsversuche, nur in seltenen Fällen zutreffend ist und daher für die zugrundeliegende Problematik zu kurz greift [14; 6]. Die Diskussion um „Futility“ wurde entsprechend erweitert und es wurde versucht, Kriterien zur Bestimmung von „Futility“ für qualitative Zustände, die mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit auftreten, festzulegen. Dabei geht es um Maßnahmen, die, nach dem Stand medizinischen Wissens, nicht oder mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht dazu geeignet sind, einen Therapieerfolg zu erzielen. Es zeigt sich aber, dass es keine ethische Begründung für das Festsetzen einer allgemeinen Schwelle für die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit gibt und auch eine minimale Wahrscheinlichkeit Teil einer Abwägung werden kann [14; 11; 6].

Ein weiterer Strang der Diskussion widmet sich der Frage, inwieweit eine von ärztlicher Seite durchzuführende Nutzen-Schaden-Abwägung von einem Verständnis des Patientenwohls ausgeht, das von den individuellen Patient:innen abstrahiert und aus ärztlicher Sicht bestimmt wird. Im Verlauf der Debatte erfolgte eine stärkere Betonung der Patientensicht [20]. In den internationalen „choosing wisely“-Initiativen, die aus dem Zusammenschluss von ärztlichen und Verbraucherorganisationen entstanden sind, adressieren Ärzt:innen und Patient:innen gemeinsam diese Fragestellungen mit dem Ziel, einen Katalog von Maßnahmen zu definieren, deren Nützlichkeit fraglich ist.³ Bei diesen wird empfohlen, die Frage der Nützlichkeit im konkreten Fall sorgfältig zu prüfen und im Gespräch mit den Patient:innen gemeinsam abzuwägen, ob eine solche Maßnahme in Frage kommt.

Aus Sicht der ZEKO geht es bei der Debatte um „Futility“ im Kern darum, ob und wann ärztlicherseits im Einzelfall auf bestimmte Maßnahmen von vornherein verzichtet werden muss oder auch darf und welche Abwägungen in das Gespräch zur ge-

meinsamen Entscheidungsfindung mit den Patient:innen eingebracht werden sollten. Im Folgenden wird „Futility“ daher als Schlagwort verwendet, um die damit verbundenen spezifischen Problemlagen zu bezeichnen.

3. Normative Analyse

3.1. „Futility“ im Kontext der Therapieentscheidungsfindung

Die Bezeichnung einer Maßnahme als „futile“ beruht auf Werturteilen, die von ärztlicher Seite begründbar sein und ggf. transparent gemacht werden sollen.⁴ Bewertungen einer Maßnahme als „futile“ sind vor dem Hintergrund der allgemeinen Ziele der Medizin eingebettet in einen gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess, der aus miteinander verbundenen, aber zu unterscheidenden Schritten besteht: Ärzt:in und Patient:in müssen gemeinsam das Ziel der ärztlichen Tätigkeit⁵ für den:die Patient:in klären, d. h. die realistisch medizinisch erreichbaren und von dem:r Patient:in erwünschten generellen Therapieziele werden auf der Basis der individuellen Diagnose und Prognose gemeinsam eruiert. Die möglichen und dafür medizinisch indizierten Maßnahmen (inklusive der Alternative, keine Maßnahme durchzuführen) sind zu bestimmen. Die Festlegung des Therapieziels und die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen erfolgt im Gespräch zwischen Ärzt:in und Patient:in. Die Verbindung einer oder mehrerer medizinischer Maßnahmen mit dem damit zu erreichenden bestimmten Therapieziel bezeichnet die ZEKO im Folgenden als therapeutische Strategie.

Im Verlauf des vorstehend skizzierten gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses gilt es auf ärztlicher Seite abzuwägen und zu entscheiden, welche diagnostischen oder therapeutischen Strategien und Maßnahmen als Option in das Gespräch mit Patient:innen eingebracht und welche aufgrund einer ethischen Abwägung nicht zum Gegenstand der gemeinsamen Entscheidungsfindung gemacht werden. Dieser Entscheidungsfindungsprozess und die Verortung der Bewertung von Strategien oder Maßnahmen als „futile“ werden im nachfolgenden Flussdiagramm schematisch dargestellt. Den Ausgangspunkt bildet ein:e Patient:in, welche:r mit Beschwerden eine ärztliche Behandlung aufsucht. Der Fokus der Darstellung der Entscheidungsfindung liegt auf der **ärztlichen** Perspektive und insbesondere auf den Elementen, die für Bewertungen als „futile“ relevant sind.

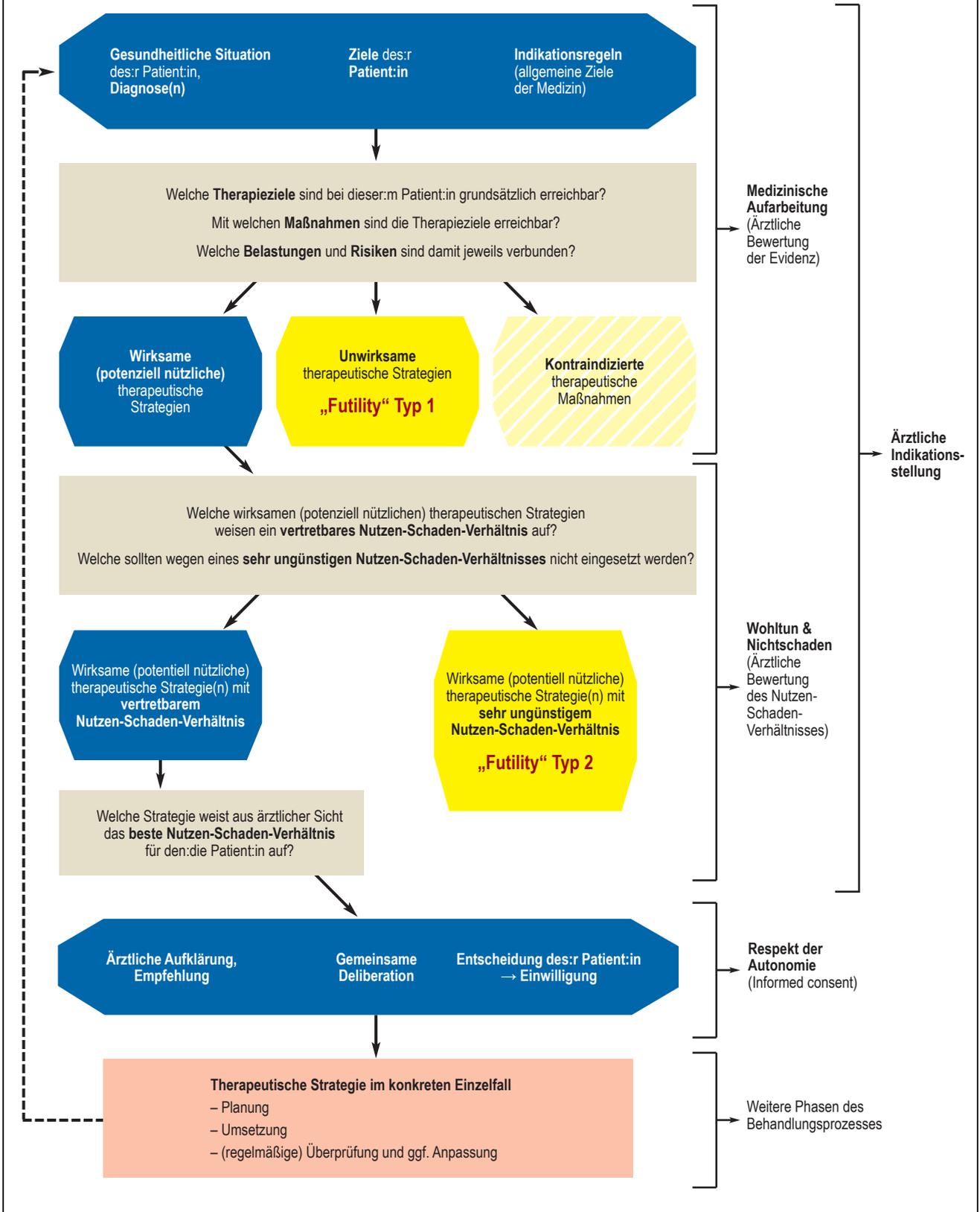
Weiterhin fokussiert das Flussdiagramm, wie auch die Stellungnahme insgesamt, auf Überlegungen zur Auswahl **therapeutischer** Strategien und Maßnahmen. Für **diagnostische** Maßnahmen, wie etwa bildgebende oder laborchemische Untersuchungen oder die invasive Diagnostik (z. B. Tumorbiospien oder Endoskopien), können diese Überlegungen allerdings ebenfalls angewendet werden.

³ Die deutsche Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ wird von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) getragen. In der Schweiz bilden medizinische Fachgesellschaften, Patienten- und Verbraucherorganisationen den Trägerverein der Initiative „smarter medicine“ (www.smartermedicine.ch).

⁴ Siehe jetzt auch SAMW [18] unter 3.2. und 3.3.

⁵ Im Recht bezeichnet man das Ziel ärztlicher Tätigkeit für eine:n Patient:in generell als „Behandlungsziel“, das im Rahmen des „Behandlungsvertrages“ im Sinne des § 630a BGB gemeinsam festgelegt wird. „Behandlung“ in diesem Sinne umfasst daher den gesamten Behandlungsprozess beginnend mit dem Erstkontakt über Diagnose und Therapie bis hin zur Nachsorge.

Ärztliche Überlegungen zur Indikationsstellung und ethischen Bewertung von therapeutischen Strategien im Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung



(Un-)Wirksamkeit, Nutzen und Schaden therapeutischer Strategien

Das Flussdiagramm zeigt auf, welche Aspekte bei ärztlichen Überlegungen zur Indikationsstellung und bei der ethischen Bewertung therapeutischer Strategien relevant werden, und ermöglicht so eine Verortung der Fragen, die unter dem Schlagwort „Futility“ diskutiert werden. Zudem verdeutlicht es, wie Therapieziel, Indikationsstellung und Überlegungen zu Wirksamkeit, Nutzen und Schaden in der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Ärzt:innen und Patient:innen ineinandergreifen.

Der allgemeine Rahmen möglicher und sinnvollerweise anzustrebender **Therapieziele** ergibt sich zum einen daraus, dass der:die Patient:in wegen einer Gesundheitsstörung ärztlichen Rat sucht und deren Heilung oder Linderung wünscht, zum anderen aus den damit korrespondierenden **allgemeinen Zielen der Medizin** wie Heilen, Leben erhalten, Leiden lindern, Krankheiten vorbeugen und Rehabilitieren. Zudem sind die individuellen Lebens- und Krankheitserfahrungen und Erwartungen des:r Patient:in an eine mögliche Therapie zu berücksichtigen.

Professionelle medizinische Aufarbeitung: Die ärztlichen Überlegungen zur therapeutischen Strategie beginnen mit der medizinischen Aufarbeitung. Auf Grundlage der Diagnose und einer Analyse der medizinischen Situation, der **Patientenziele** und der allgemeinen **Indikationsregeln**⁶ wird ärztlicherseits ermittelt, welche Therapieziele grundsätzlich mit den verfügbaren therapeutischen Maßnahmen bei dem:r Betroffenen erreichbar sind. Dies erfordert eine **Beurteilung der Wirksamkeit** der verfügbaren therapeutischen Strategien und der dazugehörigen Maßnahmen hinsichtlich der jeweiligen Therapieziele auf Grundlage der verfügbaren Evidenz. Dabei muss ärztlicherseits auch eruiert werden, mit welchen Belastungen und Schadenspotenzialen die ermittelten wirksamen Therapieoptionen jeweils verbunden sind. Im Rahmen dieser Abwägungen können unterschieden werden⁷:

Wirksame und potenziell nützliche therapeutische Strategien: Ärzt:innen müssen bewerten, ob die wissenschaftlich-medizinischen Wirksamkeitsbelege für die Therapieoption mit Blick auf die Therapieziele bei der Behandlung des:r Erkrankten ausreichend sind.

Unwirksame therapeutische Strategien („Futility“ Typ 1): Beispiele für unwirksame Strategien sind eine Antibiotikatherapie bei einem unkomplizierten viralen Erkältungsinfekt oder das Weiterführen einer Chemotherapie trotz Progress der Erkrankung unter dieser Therapie. In diesen Fällen kommt diese Therapiestrategie unter keinen Umständen (mehr) in Betracht, da die Maßnahmen keinen Beitrag zur Erreichung des Therapieziele leisten. Der:die Ärzt:in darf sie dem:r Patient:in daher nicht anbieten. In manchen Fällen kann das Therapieziel mit keiner verfügbaren Strategie mehr erreicht werden. Dann ist eine Änderung des Behandlungsziels aus ärztlicher Sicht geboten und mit dem:r Patient:in zu besprechen.

Allerdings muss bedacht werden, dass die Interpretation von Wirksamkeitsbelegen nicht wertfrei ist. So werden in der

medizinischen Praxis beispielsweise bei neuen Therapien von ärztlicher Seite unterschiedliche Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis gestellt (z. B. Phase 2 Studie versus Metaanalyse von Daten aus mehreren randomisiert kontrollierten Studien). Solche Bewertungen sollten reflektiert und, sofern für die Auswahl von Therapiestrategien relevant, kommuniziert werden.

Kontraindikationen: Wenn das Schadenspotenzial einer grundsätzlich wirksamen Therapieoption so gravierend ist, dass ihre Durchführung – unabhängig von einem möglicherweise gegebenen Nutzenpotenzial – nicht vertretbar ist (z. B. Penicillin bei Penicillin-Allergie), ist diese Maßnahme kontraindiziert. Diese Option darf den Patient:innen ärztlicherseits aus diesem Grunde auch nicht angeboten werden. Im Fall einer entsprechenden Anfrage muss über die Kontraindikation aufgeklärt werden.

Prozess der Indikationsstellung auf Basis von Wohltun und Nichtschaden: Ein weiteres systematisches Element der ärztlichen Überlegungen ist die vergleichende Bewertung der im vorangehenden Schritt identifizierten **wirksamen und potenziell nützlichen therapeutischen Strategien**. Dabei wird aus ärztlicher Sicht und ggf. im multiprofessionellen Team geprüft, welche der verfügbaren therapeutischen Strategien unter Berücksichtigung der jeweiligen Nutzen- und Schadenspotenziale aus der Fürsorgeperspektive für den:die jeweilige:n Erkrankte:n ein **vertretbares Nutzen-Schaden-Verhältnis haben**. Die Abwägung umfasst sowohl die Wahrscheinlichkeit des Eintretens als auch den Umfang und die Intensität von Nutzen und Schaden und erfordert auch in dieser Hinsicht eine Bewertung. In manchen Fällen kann sich aus der ärztlichen Fürsorgeperspektive eine therapeutische Strategie als die „beste“ **Behandlungsoption** herausstellen.

Im Rahmen der Indikationsstellung werden unter Umständen auch Therapiestrategien mit einem für den:die jeweilige:n Erkrankte:n sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnis identifiziert (z. B. die Durchführung einer hochdosierten Mehrfachchemotherapie mit sehr geringer Erfolgsaussicht und hohem Schadenspotenzial bei einer weit fortgeschrittenen, metastasierten Krebserkrankung). In diesen Fällen ist sorgfältig zu prüfen, ob diese Option wegen ihres ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnisses aus ärztlicher Sicht für unvertretbar erachtet und sie deshalb dem:r Patient:in nicht angeboten wird („Futility“ Typ 2).

Allerdings können im Rahmen der Indikationsstellung die Einschätzungen innerhalb eines ärztlichen Teams sowohl bezüglich der Bewertung der vorliegenden Evidenz als auch bezüglich der Nutzen-Schaden-Abwägung divergieren. Besonders deutlich wird die Schwierigkeit, wenn es zwei „ebenbürtige“ Therapiestrategien gibt und mit guten Gründen für das Eine wie das Andere optiert werden kann. Auch hier sollten die relevanten Werturteile im Behandlungsteam reflektiert werden. Insbesondere bei unterschiedlichen Bewertungen des Nutzen-Schaden-Verhältnisses im Behandlungsteam sollte der:die Patient:in über den Abschluss mit der entsprechenden Begründung informiert werden. Der:die Patient:in soll dadurch die Chance erhalten, die zugrundeliegenden Bewertungen über akzeptable Nutzen-Schaden-Verhältnisse und die ärztlicherseits zugrunde gelegte Risikoneigung noch einmal vor dem Hintergrund eigener Präferenzen und Bewertung des Risikos zu reflektieren. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, ggf. für die Einschätzung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses der Therapieoption eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

⁶ Indikationsregel: Die Indikationsregel bezieht sich auf Maßnahmen, die angesichts einer bestimmten Diagnose allgemein als wirksam angesehen werden, um die allgemeinen Ziele der Medizin – Heilen, Leben erhalten, Leiden lindern, Krankheiten vorbeugen und Rehabilitieren – zu erreichen. In medizinischen Lehrbüchern wird der Begriff der Indikation häufig in diesem Sinne verwendet. Von diesem Sprachgebrauch der Indikation im Sinne einer allgemeinen Indikationsregel ist die individuelle Indikationsstellung abzugrenzen.

⁷ Die SAMW [18] schlägt eine andere Differenzierung vor: Sie unterscheidet zwischen wirkungs- oder aussichtslosen (nicht indizierten) und wahrscheinlich wirkungs- oder aussichtslosen (fraglich indizierten) Maßnahmen, siehe Abschnitt Nr. 6, S. 46.

Gemeinsame Entscheidungsfindung und informed consent: Die vorstehenden ärztlichen Überlegungen sind Ausdruck der ärztlichen Verantwortung für den:die Patient:in und bewegen sich im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit, die freilich den Patient:innen verpflichtet ist und deren Autonomie respektiert. Ihr Ergebnis fließt deshalb in die **gemeinsame Entscheidungsfindung** ein. Hier sollen auf der Grundlage der ärztlichen Informationen sowie Empfehlungen aus der ärztlichen Fürsorgeperspektive die Handlungsoptionen gemeinsam mit dem:r Patient:in abgewogen werden. Die Entscheidung trifft der:die Patient:in, wobei diese Entscheidung auch darin bestehen kann, die Auswahl über die Handlungsoption dem:r Ärzt:in anzuvertrauen. Während aus schematischen Gründen die gemeinsame Entscheidungsfindung im Schaubild im Anschluss an die ärztlichen Erwägungen dargestellt werden, beginnen entsprechend den Konzepten von Shared Decision Making (SDM) die gemeinsamen Abwägungen von Ärzt:innen und Patient:innen idealerweise bereits in der Phase der Diagnosestellung [8; 12].

Im Blick auf die in diesem Zusammenhang relevanten Fragen der ärztlichen Aufklärung sind zwei grundlegende Konstellationen voneinander zu unterscheiden: Zum einen Situationen, in denen kein begründeter Zweifel darüber besteht, dass eine bestimmte Maßnahme unwirksam („Futility“ Typ 1) oder kontraindiziert ist oder ein sehr ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweist („Futility“ Typ 2). In diesem Fall muss ärztlicherseits auch nicht über die entsprechende Maßnahme aufgeklärt werden. Davon abzugrenzen sind zum anderen Situationen, in denen – aus welchen Gründen auch immer – berechnete medizinische Zweifel darüber bestehen, ob tatsächlich keine Wirkung erzielt werden kann oder das Nutzen-Schaden-Verhältnis auch tatsächlich sehr ungünstig ist. Um zu verhindern, dass Patient:innen möglicherweise sinnvolle Behandlungen von vornherein vorenthalten werden, ist ärztlicherseits sicher zu stellen, dass die ärztliche Aufklärung auch solche Maßnahmen einschließt, deren Sinnhaftigkeit medizinisch umstritten ist.

Die so verstandene Aufklärung ist Teil einer gemeinsamen Deliberation von Ärzt:in und Patient:in dazu, welche therapeutische Strategie der:die Patient:in vor dem Hintergrund seiner:ihrer individuellen Präferenzen bevorzugt, d. h. welches Therapieziel aus seiner:ihrer Sicht unter Berücksichtigung der Belastungen und Schadenspotenziale angestrebt werden soll. Dabei kann der:die Patient:in auch Therapiestrategien ausschließen, die nach seiner:ihrer subjektiven Bewertung ein ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweisen. In diese Deliberation muss auch die begründete professionelle Empfehlung einer Therapieoption und ggf. der Ausschluss oder die Nicht-Empfehlung einer Therapieoption mit sehr ungünstigem Nutzen-Schaden-Verhältnis einfließen. Die gemeinsame Deliberation im Sinne des SDM mündet in die Festlegung der Therapie-strategie und die Entscheidung des:r Patient:in über die Durchführung der Therapiemaßnahmen.

3.2. Dimensionen und Rahmenbedingungen der ärztlichen Bewertung therapeutischer Strategien

Die Auswahl und Festlegung der therapeutischen Strategien weist verschiedene Dimensionen auf, die für die Diskussion um „Futility“ relevant werden können. Sie werden im Nachfolgenden skizziert.

Ärztliche Verantwortung und Therapiefreiheit

Die ärztliche Tätigkeit ist dem:r Patient:in verpflichtet.⁸ Überlegungen zur Auswahl therapeutischer Strategien müssen dieser ärztlichen Verantwortung gerecht werden. Auch die ärztliche Therapiefreiheit steht im Dienste des:r Patient:in. Sie bedeutet in diesem Zusammenhang die freie, allerdings den Patient:innen verpflichtete Wahl der Behandlungsmethode durch Ärzt:innen, die den Patient:innen vorgeschlagen wird. Sie umfasst drei Elemente: Erstens die Entscheidung, ob überhaupt eine Behandlung durchgeführt werden soll, zweitens die Wahl der geeignet erscheinenden diagnostischen oder therapeutischen Methode, und drittens das Recht, die Durchführung einer der ärztlichen Überzeugung widersprechenden Methode abzulehnen. Die Verpflichtungen zur professionellen Sorgfalt, zur Information und Aufklärung gegenüber den Patient:innen bilden ein notwendiges Korrelat der Therapiefreiheit [vgl. 10].

Entscheidung unter Unsicherheit und Umgang mit probabilistischem Wissen

Die Bewertung von therapeutischen Strategien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und des Nutzen-Schaden-Verhältnisses beinhaltet verschiedene Herausforderungen. Medizinisches Wissen über den (möglichen) Erfolg einer therapeutischen Strategie beruht auf statistischen Informationen, die selbst wiederum Unsicherheiten unterliegen können. Hinzu kommt der Umgang mit unterschiedlichen Studienergebnissen zur Erfolgsaussicht einer therapeutischen Strategie. Potenzieller Nutzen sowie potenzieller Schaden einer therapeutischen Strategie treten mit einer (bekannten, nur schätzbaren oder ggf. in verschiedenen Studien unterschiedlich beziffer-ten) Wahrscheinlichkeit ein, die in den Überlegungen zur Auswahl der therapeutischen Strategie gewichtet werden müssen. Dabei ist zunächst eine ärztliche Beurteilung erforderlich, welche Mindestanforderungen an die Datenlage bzw. verfügbare medizinische Erkenntnisse hinsichtlich der Erreichbarkeit eines Therapieziels oder der Wirksamkeit einer therapeutischen Strategie bzw. einer Maßnahme zu stellen sind, um sie dem:r Patient:in anzubieten. Entsprechendes gilt für diejenigen Fälle, in denen der:die Ärzt:in aufgrund klinischer Erfahrung zu dem Urteil kommt, dass das Therapieziel bei diesem:r Patient:in mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht erreicht werden kann oder eine therapeutische Strategie sehr wahrscheinlich nicht erfolgreich sein wird.

Dabei ist zum einen klar, dass aus den statistischen Aussagen über einen potenziellen Erfolg einer therapeutischen Strategie keine eindeutige Aussage über den Erfolg für eine:n konkrete:n Erkrankte:n abgeleitet werden. Auch wenn die ermittelten Erfolgsaussichten mit Prozentzahlen quantifiziert werden, wird eine Therapie schlussendlich entweder erfolgreich oder erfolglos sein. Zum anderen ist klar, dass keine Prozentzahlen als Untergrenze für minimale Wirksamkeit generisch festgelegt werden können. Hier ist es vielmehr Aufgabe von Ärzt:innen, die medizinischen Informationen unter Berücksichtigung der bestehenden epistemologischen Schwierigkeiten angemessen und verständlich gegenüber dem:r Erkrankten zu kommunizieren.

Die ethische Abwägung von Nutzen und Schaden im Zuge der Bewertung therapeutischer Strategien bleibt indes nicht beim Vergleich von Wahrscheinlichkeiten stehen, sondern bezieht Wertvorstellungen, wie sie im Rahmen der Therapiezielfindung von Patientenseite eingebracht wurden, mit ein und verbindet so

⁸ siehe u. a. § 2 Abs. 2 MBO-Ä; BÄK/ZEKO [5], Ziff. III. 1; ZEKO [24], Kap. 3.2 und 3.3.1.

empirische und normative Aspekte. Entscheiden sich Ärzt:innen dazu, eine Therapiestrategie wegen Unwirksamkeit („Futility“ Typ 1), wegen Kontraindikation oder wegen eines sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnisses („Futility“ Typ 2) nicht anzubieten, und ist die Evidenz unsicher oder widersprüchlich oder die Wirksamkeitswahrscheinlichkeit hinsichtlich des potenziellen Nutzens unzureichend, sind die Patient:innen darüber zu informieren. Dadurch wird den Patient:innen ermöglicht, im Rahmen des gemeinsamen Entscheidungsprozesses mit dem:r Ärzt:in die eigene Sichtweise und Präferenzen (auch) in die Bewertung der Erfolgsaussichten einzubringen.

Kommunikation

Die medizinische Beurteilung therapeutischer Strategien hinsichtlich Wirksamkeit, Nutzen und Schaden ist Ausdruck der ärztlichen Therapiefreiheit und in professioneller Verantwortung im Sinne der Patient:innen vorzunehmen. Die damit verbundenen Abwägungen sind indes vielfach nicht eindeutig und oft schwierig. Überdies sind nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch die Vorstellungen der Patient:innen bedeutsam. Ein reflektierter Umgang und ggf. eine offene Kommunikation mit den Patient:innen (siehe unter Abschnitt 3.1. „Gemeinsame Entscheidungsfindung und informed consent“) über die Bewertung von therapeutischen Strategien als unwirksam („Futility“ Typ 1), kontraindiziert oder mit einem sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnis verbunden („Futility“ Typ 2) sind daher wesentliche Grundlage der gemeinsamen Deliberation.⁹

SDM-Konzepte sehen – wie dargelegt – vor, dass die gemeinsamen Abwägungen von Ärzt:in und Patient:in idealerweise bereits in der Phase der Diagnosestellung beginnen. Demgemäß wird gemeinsam das gesundheitliche Problem identifiziert, wozu auch die aktiv von dem:r Ärzt:in ausgesprochene Schlüsselbotschaft gehört, dass die Medizin oft nicht nur allein über eine einzige Möglichkeit verfügt, mit dem Problem umzugehen. Es folgt das gemeinsame Eruiieren und Abwägen von therapeutischen Strategien und das abschließende Entscheidungsgespräch mit der gemeinsamen Vereinbarung über das weitere Vorgehen.

Dabei ist zu beachten, dass auch auf ärztlicher Seite individuelle Einschätzungen und Bewertungen, wie etwa Risikoaversion oder -bereitschaft für die Beurteilung von Therapiezielen und therapeutischen Strategien eine Rolle spielen. Für eine an Transparenz orientierte Beratung ist dies zu berücksichtigen. Die Bedeutung der individuellen Einschätzungen und Bewertungen für die Entscheidungsfindung auf ärztlicher Seite ist hierbei grundsätzlich andere als diejenige des:r Patient:in. Ärzt:innen müssen diese individuellen Einschätzungen und Bewertungen, die auch die Darstellung der medizinischen Sachlage beeinflussen, reflektieren und dem:r Patient:in offenlegen, um so deren Einfluss auf die Darstellung und Entscheidung transparent zu machen. Der:die Patient:in sollte ermutigt und unterstützt werden, die eigenen individuellen Einschätzungen und Bewertungen in Bezug auf den Sachverhalt zu reflektieren und diese offen zu kommunizieren, so dass die Entscheidung möglichst auf den eigenen wohlüberlegten Wertvorstellungen beruht.

Für eine gelingende Kommunikation sind neben rechtlichen, die Reichweite der ärztlichen Aufklärungspflicht betreffenden Fragen (vgl. Abschnitt 3.1.) noch eine Reihe weiterer – teils professionsethischer, teils psychologischer – Erwägungen von Bedeutung. So haben Patient:innen oftmals den Wunsch nach einer Bewertung der ihnen im Rahmen der Aufklärung als grundsätz-

lich sinnvoll vorgestellten therapeutischen Maßnahmen, da sie sich aufgrund ihres begrenzten medizinischen Wissens überfordert fühlen, die für sie beste Behandlungsstrategie selbständig zu identifizieren. Ärzt:innen sollten sich im Blick auf ihre Fürsorgeverantwortung solchen Bewertungswünschen grundsätzlich sinnvoller, alternativer therapeutischer Strategien nicht verweigern, sondern aktiv daran mitwirken, die im Lichte der allgemeinen medizinischen Ziele und der individuellen Wertorientierung des:r Patient:in situativ beste Behandlungsmöglichkeit zu identifizieren, ohne dadurch die Entscheidungsfreiheit des:r Patient:in bezüglich der Akzeptanz der ärztlich präferierten therapeutischen Option in irgendeiner Weise einzuschränken. Ärzt:innen sollten sich auch stets bewusst sein, dass die Kennzeichnung einer Maßnahme als „unwirksam“, „kontraindiziert“ oder als mit einem „sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnis behaftet“ für die Patient:innen nicht nur eine sachhafte Information, sondern eine in existentieller und emotionaler Hinsicht schwere Belastung darstellen kann. Für die angemessene Kommunikation „schlechter Nachrichten“ allgemein („breaking bad news“) sowie die Mitteilung einer schlechten Prognose wurden Empfehlungen entwickelt, die auch für Gespräche in derartigen Situationen hilfreich sind.¹⁰ Dem:r Patient:in sollte seine:ihre individuelle Prognose sensibel bewusst gemacht werden, ohne begründete Hoffnungen auf mögliche Behandlungen zu nehmen und ihm:r Unterstützung und Begleitung zuzusichern.

Behandlungssituationen im interkulturellen Kontext

Ein weiteres ethisch relevantes Konfliktfeld ist die Entscheidungsfindung im Rahmen der Behandlungen im interkulturellen Kontext.

So konnte z. B. in einer niederländischen Studie, in der Pädiater:innen befragt wurden, festgestellt werden, dass Eltern mit Migrationsgeschichte im Vergleich zu einheimischen Eltern signifikant häufiger einen Wunsch nach maximaler Therapie bei aussichtslosen Fällen gezeigt haben [21]. Für solche Haltungen können die Angst vor Unterversorgung durch Reaktivierung von bereits erlittenen Diskriminierungserfahrungen, verbunden mit überwertigen Vorstellungen und Hoffnungen der Machbarkeit im hoch technologisierten Medizinsystem des Einwanderungslandes auf Seiten der Angehörigen entscheidende Gründe sein. Gerade in existenziellen Situationen können Sprachbarrieren, traumatisch erlebte Migrationserfahrungen und verschiedene, zum Teil auch religiös geprägte Verständnisse von Leben und Sterben, Gesundheit und Krankheit (z. B. Vorstellungen von der Allmacht Gottes) zu Konflikten in der Behandlung beitragen, die für alle Beteiligten als sehr belastend erlebt werden können.

Ein kultursensibles und kulturoffenes Gesundheitswesen betont daher die Vielschichtigkeit der Bedeutung von Kultur in medizinethischen Konflikten und auch in diesem Zusammenhang die Einzigartigkeit jeder erkrankten Person. In solchen schwierigen Situationen könnten interkulturelle Kompetenzen für eine adäquate Patientenorientierung hilfreich sein und unnötige und nicht zielführende Pauschalisierung und Stereotypisierung verhindern [9].

⁹ § 8 MBO-Ä lautet: „Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.“

¹⁰ Vgl. für die Mitteilung schlechter Nachrichten allgemein siehe [2; 16; 19]; für Gesprächsprinzipien der „Serious illness conversation“, deutsch: „Zukunftsdialog“ siehe [3; 17; 15]. Eine Verbesserung der Festlegung realistischer Therapieziele auch bei schwer kranken Patient:innen, die sehr am Leben hängen, durch spezifische kommunikative Fähigkeiten zeigen auch [7].

Umgang mit ökonomischen Einflussfaktoren

Die Frage der „Futility“ medizinischer Maßnahmen ist auch hinsichtlich ökonomischer Einflussfaktoren zu diskutieren. Aufgrund verschiedener wirtschaftlicher Rahmenbedingungen wie Versorgungskapazitäten und dem Vergütungssystem besteht die Gefahr, dass aus finanziellen Gründen medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die für die Patient:innen kein Nutzenpotenzial haben oder von diesen nicht (mehr) gewünscht sind. Diese Über- oder Fehlversorgung sollte vorrangig durch eine Korrektur der auslösenden Faktoren wie beispielsweise Fehlanreize im DRG-System oder Überkapazitäten im Versorgungssystem behoben werden. Allerdings können Ärzt:innen dazu beitragen, ökonomisch bedingte Überversorgung zu reduzieren, wenn sie im Einzelfall die Wirksamkeit und das Nutzen-Schaden-Verhältnis genau prüfen.

Die kritische Prüfung von Wirksamkeit und Nutzen-Schaden-Verhältnis therapeutischer Strategien ist aber klar von Überlegungen einer effizienten, bedarfsorientierten und gerechten Ressourcenallokation oder einer Begrenzung von Gesundheitsausgaben zu trennen. Ob eine therapeutische Strategie einem:r Patient:in aufgrund eines fehlenden Nutzenpotenzials nicht angeboten werden soll, ist ausschließlich mit Blick auf den möglichen Nutzensgewinn für die betroffene Person zu bestimmen. Maßnahmen mit einem geringen Nutzenpotenzial dürfen nicht deshalb als aussichtslos bezeichnet und Patient:innen vorenthalten werden, weil sie hohe Kosten verursachen oder einen wenig effizienten Ressourceneinsatz darstellen [22].

Allerdings kann die Frage der Verhältnismäßigkeit einer Maßnahme mit sehr hohen Kosten und geringem Nutzen ein Anlass zur Überprüfung der Wirksamkeit und des Nutzen-Schaden-Verhältnisses einer therapeutischen Strategie für eine:n Patient:in sein. Eine sorgfältige Prüfung des Nutzenpotenzials medizinischer Maßnahmen vermag so durchaus zu einem sinnvollen Einsatz knapper Gesundheitsressourcen beizutragen, wenn therapeutische Strategien nach einer evidenzbasierten, patientenbezogenen Prüfung aufgrund fehlender Wirksamkeit oder eines sehr schlechten Nutzen-Schaden-Verhältnisses unterlassen werden oder wenn kostengünstigere Alternativen zur Verfügung stehen.

Therapieentscheidungen bei möglicherweise nicht einwilligungsfähigen Personen¹¹

Entscheidungen über die Behandlung des:r Patient:in werden in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Ärzt:in und Patient:in getroffen. Das Behandlungsziel, die therapeutischen Strategien und deren Indikation, die individuellen Ziele und Vorstellungen des:r Patient:in, seine:ihre Einschätzung von Nutzen und Schaden und Risikobereitschaft müssen daher im Gespräch zwischen Ärzt:in und Patient:in erörtert werden. Erst nach einem solchen ärztlichen Gespräch kann der:die Patient:in seinen:ihren letztlich maßgeblichen Willen bilden und die Frage gestellt und beantwortet werden, ob der:die Patient:in einwilligungsunfähig ist. Bei einwilligungsfähigen Patient:innen ist ärztlicherseits der aktuell geäußerte Wille des:r angemessen aufgeklärten Patient:in zu beachten, selbst wenn sich dieser nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen therapeutischen Strategien deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter Maßnahmen. Ärzt:innen sollen Kranken, die eine medizinisch indizierte Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei möglicherweise nichteinwilligungsfähigen Personen ist die Patientenvertretung frühzeitig in das Gespräch einzubeziehen,

d. h. der:die Bevollmächtigte bzw. der:die rechtliche Betreuer:in bzw. (ab dem 01.01.2023) der:die Ehepartner:in.¹² Diese sind verpflichtet, den Wünschen und Vorstellungen des:r Patient:in für die Behandlung Geltung zu verschaffen. Das umfasst sowohl die individuellen Ziele und Vorstellungen des:r Patient:in und seine:ihre Einschätzung von Nutzen und Schaden und Risikobereitschaft als auch der Wunsch nach bestimmten therapeutischen Maßnahmen oder deren Ablehnung. Dafür kann die Patientenvertretung auf zuvor schriftlich festgelegte oder mündlich geäußerte Patientenwünsche zurückgreifen. Falls diese nicht bekannt sind, hat die Patientenvertretung so zu handeln, wie es die betroffene Person vermutlich selbst getan hätte (mutmaßlicher Wille). Bei der Ermittlung der Wünsche und Vorstellungen des:r Patient:in soll sie dessen:deren Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Bestehen Anhaltspunkte für einen Missbrauch oder für eine offensichtliche Fehlentscheidung auf Seiten der Patientenvertretung, soll sich der:die Ärzt:in an das Betreuungsgericht wenden.

Ist keine Patientenvertretung vorhanden, sollte ärztlicherseits das Betreuungsgericht informiert und die Bestellung einer rechtlichen Betreuung anregt werden, welche:r dann gemeinsam mit dem:r Ärzt:in die anstehenden Entscheidungen trifft.

Therapieentscheidungen in Notfallsituationen

Selbstverständlich haben Ärzt:innen auch in Notfallsituationen die Verpflichtung, die Wirksamkeit und das Nutzen-Schaden-Verhältnis der verfügbaren therapeutischen Strategien zu prüfen. Allerdings ist dies aufgrund des akuten Handlungsdrucks und der nur begrenzt verfügbaren Informationen über die medizinische Situation häufig zunächst nur eingeschränkt möglich. In den meisten Fällen werden deshalb die aus ärztlicher Sicht erforderlichen Notfallmaßnahmen ergriffen, sofern dies nicht dem Patientenwillen widerspricht. Wenn bei einer entscheidungsunfähigen Person der Behandlungswille nicht bekannt ist und für die Rücksprache mit der Patientenvertretung und die Ermittlung individueller Umstände keine Zeit bleibt, darf der:die Ärzt:in davon ausgehen, dass die aus ärztlicher Sicht indizierten Notfallmaßnahmen dem mutmaßlichen Willen der betroffenen Person entsprechen.¹³

Auf Grundlage der im weiteren Verlauf gewonnenen diagnostischen und prognostischen Informationen kann dann eine verlässlichere Abschätzung der Wirksamkeit und des Nutzen-Schaden-Verhältnisses der therapeutischen Strategien erfolgen. Die Bewertung muss sich an den erklärten oder mutmaßlichen Patientenwünschen für die Behandlung orientieren, die gemeinsam im Patientengespräch und/oder mit der Vertretung zu ermitteln sind.

Mit Blick auf einen möglichen künftigen Notfall sollte insbesondere bei gebrechlichen und chronisch kranken Personen bereits im Vorfeld – beispielsweise im Rahmen eines Advance Care Planning Gesprächs – geklärt werden, ob bei einer künftig eintretenden lebensbedrohlichen Krise lebenserhaltende Maßnahmen aussichtsreich und von der betroffenen Person (noch) gewünscht sind. Das Ergebnis kann in einem ärztlich verantworteten Not-

¹¹ BÄK [4] unter Ziff. IV.

¹² Sofern es keine:n Bevollmächtigte:n oder Betreuer:in gibt, kann ab dem 01.01.2023 der:die Ehepartner:in den:die Patient:in in Gesundheitsangelegenheiten für einen Zeitraum von längstens 6 Monaten vertreten (§ 1358 BGB-neu). Auch für den:die vertretenden Ehepartner:in gelten die im Text dargestellten Grundsätze für die Patientenvertretung. Dasselbe gilt für eingetragene Lebenspartnerschaften.

¹³ Siehe auch BÄK [4] unter Ziff. IV.

fallbogen dokumentiert werden und damit gewährleisten, dass nur aussichtsreiche Maßnahmen mit einem für die betroffene Person akzeptablen Nutzen-Schaden-Verhältnis ergriffen werden [23].

4. Ausgewählte Problemkonstellationen

Besondere Herausforderungen bestehen in Situationen, in denen es zwischen den am Entscheidungsprozess zu therapeutischen Strategien Beteiligten, etwa innerhalb des ärztlichen Teams oder zwischen Ärzt:in und Patient:in, zu divergierenden Einschätzungen hinsichtlich der Erreichbarkeit eines therapeutischen Ziels oder der Bewertung der Wirksamkeit, Kontraindikation oder des Nutzen-Schaden-Potenzials therapeutischer Strategien („Futility“ Typ 1 und 2) kommt. Im Folgenden soll die ärztliche Verantwortung im Rahmen solcher Entscheidungskonflikte beispielhaft dargestellt werden.

a) Divergierende Einschätzungen innerhalb des ärztlichen Teams

Bevor eine schwierige, insbesondere kontrovers beurteilte therapeutische Strategie mit dem:r Patient:in besprochen wird, müssen zunächst durch den:die behandelnde:n Ärzt:in bzw., sofern mehrere Ärzt:innen an der Therapieentscheidung beteiligt sind, im kollegialen Diskurs die aus ärztlicher Sicht realistischen Handlungskorridore definiert werden. Hierbei kann es zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, ob eine therapeutische Strategie wirksam und (potenziell) nützlich oder wie das Nutzen-Schaden-Verhältnis zu bewerten ist.

Dabei zeigt sich in unterschiedlichen Einschätzungen oft, dass neben objektivierbarem medizinischem Wissen individuelle professionelle Bewertungen in die Einschätzung einfließen. Solche Dissense sollten vor dem Patientengespräch innerhalb des Teams geklärt werden, insbesondere auch dahingehend, wodurch die unterschiedlichen Bewertungen begründet werden und worin die geteilte Einschätzung besteht. Es ist im Sinne der Transparenz ärztlichen Handelns geboten, dies im Patientengespräch offenzulegen. Eine ethische Fallbesprechung kann in diesem Klärungsprozess hilfreich sein.

b) Entscheidung bei geringer Evidenz

Eine weitere Schwierigkeit kann darin bestehen, dass das evidenzbasierte Wissen für den konkreten Fall keine eindeutigen Aussagen zulässt (siehe oben 3.2.). Auch hier muss im Gespräch zwischen Ärzt:in und Patient:in thematisiert werden, wie die vorliegende Evidenz mit Blick auf die aktuelle Situation und das angestrebte Therapieziel ärztlicherseits bewertet wird und welche Unsicherheiten dabei bestehen. Ein klinisches Beispiel, bei dem entsprechende Abwägungen typisch sind, ist die Durchführung einer aggressiven, an Leitlinien für kurativ behandelbare jüngere Patient:innen orientierten Therapie im Falle eines:r älteren Patient:in mit einer schon durch die allgemeine Morbidität stark eingeschränkter Lebensperspektive. Der:die Ärzt:in muss vor diesem Hintergrund sorgfältig abwägen, welche Maßnahmen in diesem konkreten Fall einen Beitrag zur Erreichung des Therapieziels leisten können und welches Nutzen-Schaden-Verhältnis sie aufweisen, einschließlich möglicherweise besonderer Nebenwirkungen oder Risiken, und anschließend alle Optionen, für die eine – wenn auch geringe – Evidenz vorliegt, mit dem:r Patient:in besprechen.

c) Umgang mit dem Wunsch von Patient:innen nach „Maximaltherapie“

Eine weitere Konfliktkonstellation kann sich ergeben, wenn die behandelnden Ärzt:innen von ihren Patient:innen dazu aufgefordert werden, in einer aussichtslosen Situation das eigene Leben mit allen Mitteln weiter zu erhalten und hierzu Maßnahmen einzufordern, die keinen Nutzen oder ein sehr ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweisen. Das kann in der Praxis beispielsweise durch den Wunsch nach „Maximaltherapie“ und dass „alles getan wird“ ausgedrückt werden.

Hinter derartigen Äußerungen kann sowohl der Wunsch der Patient:innen nach Durchführung einer Maßnahme, die nach ärztlicher Einschätzung kein therapeutisches Ziel erreichen kann („Futility“ Typ 1) oder die kontraindiziert ist, als auch der Wunsch nach therapeutischen Maßnahmen stehen, die ein sehr ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweisen („Futility“ Typ 2). In solchen Fällen sollte dies von ärztlicher Seite in einem ausführlichen Gespräch sensibel und adressatengerecht thematisiert werden.

Zunächst gilt es im Gespräch zu klären, inwieweit die Patient:innen von falschen Voraussetzungen ausgehen oder ihnen etwa die medizinischen Möglichkeiten einer palliativen Begleitung und Versorgung nicht hinreichend bekannt sind.

Solche Wünsche können aber auch dadurch motiviert sein, dass die Patient:innen die bereits erhaltenen Informationen emotional noch nicht angemessen verarbeitet konnten. Dies gilt insbesondere dann, wenn das Ziel der gewünschten Maßnahme – z. B. eine Heilung – nicht mehr erreicht werden kann („Futility“ Typ 1), so dass die entsprechenden Maßnahmen auch nicht angeboten werden dürfen. Ein Beispiel hierfür ist ein diffus metastasierter maligner Tumor mit dadurch bedingtem rasch progredientem Ausfall der Leberfunktion. In solchen Konstellationen ist der:die Patient:in in einfühlsamer Weise darin zu unterstützen, sukzessiv ein realitätsgerechtes Verständnis der eigenen gesundheitlichen Situation zu entwickeln. Sofern der:die Patient:in weiterhin auf diese Maßnahme beharrt, sollte der:die Ärzt:in aufgrund seiner:ihrer professionellen Verantwortung für den:die Patient:in die Durchführung der Maßnahme ablehnen.

In anderen Konstellationen kann der Wunsch nach bestimmten therapeutischen Maßnahmen mit einem sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnis („Futility“ Typ 2) darin seinen Grund haben, dass der:die Patient:in im Wissen um diese Problematik noch bestimmte für ihn persönlich existenziell bedeutsame Ziele erreichen möchte (z. B. Miterleben eines bestimmten familiären Ereignisses, Verabschiedung von oder Aussöhnung mit einem nahestehenden Menschen etc.).¹⁴ Ist von Seite des:r Patient:in eine realistische Einschätzung der Situation gegeben und die divergierende Bewertung von Patientenseite nachvollziehbar, so sollte dem Wunsch nach Möglichkeit entsprochen werden.

d) Umgang mit Wünschen von der Patientenvertretung/Angehörigen nach „Maximaltherapie“

In der Praxis kann es vorkommen, dass die Patientenvertretung und/oder Angehörige – unabhängig vom dem:r Patient:in – auf die Durchführung von Therapiemaßnahmen drängen, die keinen Nutzen oder ein sehr ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweisen.

¹⁴ Siehe auch BÄK/ZEKO [5] unter III.2.

Bei einwilligungsfähigen Personen ist allein der Wille des:r Patient:in für die Festlegung und Durchführung der Therapiestrategie maßgeblich. Bei nicht (mehr) einwilligungsfähigen Personen ist die Patientenvertretung in ihrer Entscheidung an den erklärten oder mutmaßlichen Willen des:r Betroffenen gebunden. Das gilt auch für den häufigen Fall, dass Angehörige oder andere nahestehende Personen den:die Patient:in vertreten. Sie haben ebenfalls den Willen des:r Patient:in bestmöglich festzustellen (vgl. oben „Therapieentscheidung bei möglicherweise nicht einwilligungsfähigen Personen“).

Die unter c) dargestellten Überlegungen gelten auch mit Blick auf den Umgang mit Wünschen von der Patientenvertretung/Angehörigen nach „Maximaltherapie“.

Sofern die gewünschten Maßnahmen wirkungslos (das angestrebte Therapieziel ist nicht bzw. nicht mit diesen Maßnahmen erreichbar, „Futility“ Typ 1) oder kontraindiziert sind, dürfen sie von ärztlicher Seite nicht (mehr) angeboten werden.¹⁵ Die Patientenvertretung, insbesondere wenn es sich dabei um Angehörige oder nahestehende Personen handelt, ist in einer einfühlsamen Art und Weise darüber aufzuklären und auf die ggf. verfügbaren Behandlungsalternativen hinzuweisen. Im Einzelfall kann es vertretbar sein, eine für den:die Patient:in nicht mehr nützliche Maßnahme für eine begrenzte Zeit fortzuführen, um den Angehörigen Zeit für den Verabschiedungsprozess zu geben, sofern dies nicht mit unzumutbaren Belastungen für den:die Patient:in verbunden ist und der Wille des:r Patient:in dem nicht entgegensteht.¹⁶

Wünscht die Vertretung eine Therapiestrategie mit einem sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnis („Futility“ Typ 2), sollte diese im Regelfall ebenfalls nicht angeboten werden. Sie könnte allenfalls dann erwogen werden, wenn es eindeutige und verlässliche Hinweise darauf gibt, dass der:die Patient:in das therapeutische Vorgehen im klaren Verständnis des schlechten Nutzen-Schaden-Verhältnisses ausdrücklich gewünscht hat oder wünschen würde. Die Feststellung eines derartigen Patientenwillens bedarf daher besonderer Sorgfalt.

In schwierigen Entscheidungssituationen kann eine ethische Fallbesprechung sinnvoll sein. Bei einem anhaltenden und nicht anders lösbaren Dissens mit der Patientenvertretung muss das Betreuungsgericht eingeschaltet werden, um zu klären, welche der aus ärztlicher Sicht verfügbaren und wirksamen therapeutischen Strategien dem Patientenwillen entsprechen.

Soweit Angehörige oder nahestehende Personen nicht befugt sind, den:die Patient:in zu vertreten, kommt ihnen zwar kein rechtlich abgesichertes Entscheidungsrecht bei der Festlegung der therapeutischen Strategie zu. Sie können aber gleichwohl als Auskunftspersonen für die Feststellung des Patientenwillens von großer Bedeutung sein. Insofern sind ihre Äußerungen von der Patientenvertretung und den behandelnden Ärzt:innen ethisch wie rechtlich zu berücksichtigen. Daher können Forderungen dieser Personen nach einer „Maximaltherapie“ de facto zu ebenso herausfordernden Situationen führen. Ärzt:innen sollten dann in vergleichbarer Weise vorgehen und dabei berücksichtigen, dass auch die Begleitung der Angehörigen im Sinne des:r Patient:in zu den ärztlichen Aufgaben gehört, sofern die Einbeziehung des:r Angehörigen nicht dem Willen des:r Patient:in widerspricht. Auch hier kann in schwierigen Entscheidungssituationen

eine ethische Fallbesprechung sinnvoll bzw. die Einschaltung des Betreuungsgerichts notwendig sein.

e) Umgang mit Wünschen von Eltern minderjähriger Patient:innen nach „Maximaltherapie“

Bei minderjährigen Patient:innen liegt die Verantwortung für die ärztliche Behandlung auf Patientenseite in der Regel bei den Sorgeberechtigten, d. h. meist bei den Eltern, die zum Wohl ihres Kindes entscheiden müssen. Jedoch haben Ärzt:innen ihre minderjährigen Patient:innen nach Möglichkeit stets aktiv in die Aufklärung und Therapieplanung einzubeziehen, auch wenn sie noch nicht als einsichts- und urteilsfähig anzusehen sind.

Die Eltern-Kind-Beziehung ist im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen nicht nur durch die besondere Verantwortung der Eltern für ihr Kind gekennzeichnet, sondern auch durch ihre meist hohe emotionale Intensität. Diese ist prägend für eine weitere Problemkonstellation. Die Sorge von Eltern und ihre Vorstellung von elterlicher Verantwortung, sich bedingungslos für ihr Kind einzusetzen, kann dazu führen, dass sie auch in medizinisch aussichtslosen Situationen „nicht aufgeben“ wollen und sich einem ärztlichem Vorschlag für eine Therapiezieländerung und Behandlungsbegrenzung entgegenstellen und Maßnahmen einfordern, die keinen Nutzen oder ein sehr ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweisen oder kontraindiziert sind. So kann beispielsweise bei einem Kind mit diffus metastasiertem Malignom nach mehrfachem Rezidiv und Ausschöpfung aller onkologischen Optionen eine nochmalige Therapieumstellung mit kurativem Therapieziel vorab definitiv aussichtslos sein („Futility“ Typ 1). Weiterhin kann es etwa bei kindlichen neurodegenerativen Erkrankungen mit zweifelsfrei absehbar ungünstigem Verlauf dazu kommen, dass Eltern jedwede Möglichkeit, noch „etwas zu tun“, wahrnehmen wollen und eine Weiterführung belastender Therapien einfordern, sogar in Fällen, in denen nur minimale, die Gesamtsituation des Kindes nicht relevant besernde Behandlungseffekte zu erwarten sind („Futility“ Typ 2).

Im Gespräch mit den Eltern ist es die Aufgabe von Ärzt:innen, die Eltern in die Lage zu versetzen, eine Entscheidung im Sinne des Kindeswohls zu treffen. Hierzu gehört insbesondere, neben dem Lebenserhalt andere Dimensionen des Kindeswohls in Abwägungsprozesse zu integrieren und potenziellen Nutzen und Schaden einer Behandlung für das Kind zu besprechen. Zudem sind dem kulturellen und religiösen Hintergrund und daraus gespeiste Vorstellungen von Wohl und familiärer Verantwortung im Gespräch Raum zu geben, um eine sowohl die medizinischen Fakten als auch deren ggf. unterschiedliche Bewertung integrierende Entscheidung zu ermöglichen. Bei unwirksamen und kontraindizierten Therapien sowie bei Therapien mit einem sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnis ist hierbei besondere Klarheit in den Aussagen von Ärzt:innen notwendig.

Insbesondere bei älteren Minderjährigen kann es dabei zu Konflikten zwischen ihnen und ihren Eltern kommen. So kann beispielsweise ein:e jugendliche:r onkologische:r Patient:in nach mehreren Rezidiven seiner:ihrer akuten Leukämie eine erneute Chemotherapie ablehnen, während die Eltern darauf bestehen. Umgekehrt können aber auch Wünsche des:r Jugendlichen nach einer „Maximaltherapie“ bestehen, obwohl sie aus medizinischer Sicht unwirksam ist oder ein sehr ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweist und die Eltern sie in Kenntnis dessen auch nicht befürworten. In diesen Problemkonstellationen sollte im Gespräch eine Lösung angestrebt werden, die insbesondere die

¹⁵ Siehe 3.1.

¹⁶ Siehe auch BÄK/ZEKO [5] unter III. 2.

Hintergründe für die Haltung der Eltern und des:r Jugendlichen berücksichtigt (wechselseitige Sorge, „kämpfen/nicht aufgeben“ für den:die jeweils andere:n) und Eltern ermöglicht, ihr Kind im Krankheitsverlauf weiter in dessen Sinne zu unterstützen. Ob die Entscheidungsbefugnis letztlich bei den Eltern und/oder bei dem:r Jugendlichen liegt, ist im Einzelfall zu ermitteln. Maßgeblich ist, ob der oder die Jugendliche nach Alter sowie individueller geistiger und sittlicher Reife und Einsichtsfähigkeit die Bedeutung und Tragweite der Vornahme bzw. des Abbruchs der medizinischen Behandlung erlassen, die Vor- und Nachteile abwägen und auf dieser Basis eine Entscheidung treffen kann. Aber selbst wenn der:die Jugendliche in diesem Sinne entscheidungsfähig ist, ist juristisch umstritten, ob nicht von Rechts wegen zusätzlich die Einwilligung der Eltern in die Behandlung (z. B. in eine erneute Chemotherapie) notwendig ist. Ärzt:innen sollten in jedem Fall bemüht sein, auf eine einvernehmliche Lösung hinzuwirken, die dem Willen des:r Jugendlichen und seiner:ihrer Eltern entspricht. Falls dies nicht möglich und eine Gefährdung des Kindeswohls zu befürchten ist, sollten Ärzt:innen das Familiengericht einschalten.

5. Zusammenfassung und Empfehlungen

Die ZEKO möchte mit der Stellungnahme einen Beitrag dazu leisten, die verschiedenen Konstellationen von „Futility“ genauer zu unterscheiden und in den Kontext der Entscheidungsfindung bei ärztlichen Therapien einzuordnen. Sie will Ärzt:innen Orientierung bieten für Situationen, in denen mögliche Maßnahmen medizinisch fragwürdig erscheinen, und die ärztlichen Aufgaben auch im gemeinsamen Entscheidungsprozess mit Patient:innen in solchen Situationen aufzeigen.

- Die unklaren und umstrittenen Begriffe „Sinnlosigkeit medizinischer Maßnahmen/Medical Futility“ sollten durch eine genauere Bezeichnung der verschiedenen Konstellationen ersetzt werden: Vor diesem Hintergrund empfiehlt die ZEKO, zwischen **unwirksamen** therapeutischen Strategien („Futility“ Typ 1), **kontraindizierten** therapeutischen Strategien und therapeutischen Strategien mit einem **sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnis** („Futility“ Typ 2) zu unterscheiden.
- Die medizinische Beurteilung therapeutischer Strategien hinsichtlich Wirksamkeit, Nutzen und Schaden für den:die individuelle:n Patient:in ist eine genuin ärztliche Aufgabe. Als solche ist sie zwar Ausdruck der ärztlichen Therapiefreiheit, aber in professioneller Verantwortung im Sinne des:der Patient:in vorzunehmen. Die damit verbundenen Abwägungen müssen sorgfältig getroffen werden und sollten hinsichtlich der Bewertungsmaßstäbe transparent sein.
- Die Beurteilung einer therapeutischen Strategie oder Maßnahme muss von ärztlicher Seite auf Grundlage verfügbarer wissenschaftlicher Evidenz und mit Blick auf den:die konkrete:n Patient:in erfolgen. Der Umgang mit einem Mangel an gesicherter Evidenz sowie mit geringen Erfolgswahrscheinlichkeiten bei der Beurteilung der Wirksamkeit bzw. des Nutzen-Schaden-Verhältnisses stellt eine Herausforderung dar und bedarf besonderer Sorgfalt.
- Die für eine:n Patient:in realistisch erreichbaren Therapieziele sind zu identifizieren. Hierzu gehört, die therapeutischen Strategien, bestehend aus potenziell wirksamen Maßnahmen zusammen mit den dadurch erreichbaren Therapiezielen, zu identifizieren und von den unwirksamen zu unterscheiden. Eindeutig unwirksame therapeutische Strategien dürfen eben-

so wie kontraindizierte Maßnahmen nicht angeboten werden. Sollte eine solche Maßnahme dennoch von dem:r Patient:in verlangt werden, sollte der:die Ärzt:in deren Durchführung ablehnen.

- Für die wirksamen therapeutischen Strategien ist eine Nutzen-Schaden-Abwägung durchzuführen. Die Einschätzung von Nutzen und Schaden muss dabei an dem mit dem:r Patient:in besprochenen Therapieziel ausgerichtet sein und die Präferenzen und Wertvorstellungen des:r Patient:in berücksichtigen.
- Ob eine therapeutische Strategie einem:r Patient:in aufgrund eines fehlenden Nutzenpotenzials nicht angeboten werden soll, ist ausschließlich mit Blick auf den möglichen Nutzen für den:die konkrete:n Patient:in zu bestimmen. Therapeutische Strategien mit einem geringen Nutzenpotenzial dürfen nicht allein deshalb als aussichtslos bezeichnet werden, weil sie hohe Kosten verursachen oder der damit verbundene Ressourceneinsatz wenig effizient ist.
- Um zu verhindern, dass Patient:innen möglicherweise sinnvolle Behandlungen von vornherein vorenthalten werden, ist ärztlicherseits sicher zu stellen, dass die ärztliche Aufklärung auch solche Maßnahmen einschließt, deren Sinnhaftigkeit medizinisch umstritten ist. Nur dann, wenn kein begründeter Zweifel darüber besteht, dass eine therapeutische Strategie unwirksam oder kontraindiziert ist oder ein sehr ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweist, muss der:die Patient:in darüber nur auf Nachfrage informiert werden. In allen anderen Fällen ist die Abwägung einschließlich der Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit einer therapeutischen Strategie für den:die individuelle:n Patient:in im Gespräch transparent zu erläutern. Dies bildet die Grundlage der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Sinne des Shared Decision Making.
- Die Kommunikation über die Bewertungen und Abwägungen bei der Beurteilung der Wirksamkeit und des Nutzen-Schaden-Verhältnisses sollte Transparenz über die von ärztlicher Seite zugrunde gelegten individuellen professionellen Einschätzungen und Bewertungen schaffen, so dass Patient:innen ihre eigene Haltung und Entscheidung entwickeln können.
- Ist das von dem:r Patient:in gewünschte oder erhoffte Therapieziel nicht (mehr) erreichbar, stellt das oft für den:die Patient:in eine schlechte Nachricht dar, die dieser schwierigen Situation angemessen kommuniziert werden muss.
- Der Wunsch nach Maximaltherapie in medizinisch aussichtslos erscheinenden Fällen kann unterschiedlich motiviert sein: z. B. durch die Angst vor einer medizinischen Unterversorgung, Formen der Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende oder auch durch bestimmte religiöse Vorstellungen. In interkulturellen Zusammenhängen können zusätzliche Schwierigkeiten durch Sprachbarrieren oder die Sorge, Opfer von Diskriminierung zu werden, auftreten. Hier kann der Aufbau interkultureller Kompetenzen zur Stärkung einer an individuellen Bedürfnissen orientierten Patientenversorgung hilfreich sein.
- Ist ein:e Patient:in nicht einwilligungsfähig, sind die Abwägungen über die Unwirksamkeit, die Kontraindikation und das sehr ungünstige Nutzen-Schaden-Verhältnis mit der Patientenvertretung als Fürsprecher:in für den:die Patient:in zu besprechen. Die Kommunikation mit Patientenvertretung und Angehörigen bedarf besonderer Sorgfalt, um den Patientenwillen auch in diesen Situationen angemessen feststellen zu können.
- Situationen, in denen ärztlicherseits überlegt wird, therapeuti-

sche Strategien und Maßnahmen von ärztlicher Seite nicht (mehr) anzubieten, weil sie unwirksam oder kontraindiziert sind oder ein sehr ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweisen, können zu Konflikten mit Patient:innen und/oder Angehörigen führen. Hier kann eine Ethikberatung hilfreich sein. Daher sollte ein möglichst niedrigschwelliger Zugang zu Angeboten der Ethikberatung verfügbar sein.

- Auch in Notfallsituationen ist nach der Unwirksamkeit, der Kontraindikation und dem sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnis von therapeutischen Strategien und Maßnahmen sowie nach dem Patientenwillen zu fragen, wenn auch in einem der Eilbedürftigkeit der Situation angemessenen Umfang.

Literatur

1. Bagheri A: Medical futility: A cross-national study. London, Singapore: Imperial College Press 2013; p. 205–26.
2. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP: SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4): 302–11.
3. Bernacki R, Hutchings M, Vick J, et al.: Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention. *BMJ Open* 2015; 5(10): e009032.
4. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. *Dtsch Arztebl* 2011; 108(7): A-346 / B-278 / C-278.
5. Bundesärztekammer, Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag. *Dtsch Arztebl* 2018; 115(51–52): A 2434–2441.
6. Burns JP, Truog RD: Futility: a concept in evolution. *Chest* 2007; 132(6): 1987–93.
7. Cooper Z, Koritsanszky LA, Cauley CE, et al.: Recommendations for Best Communication Practices to Facilitate Goal-concordant Care for Seriously Ill Older Patients With Emergency Surgical Conditions. *Ann Surg* 2016; 263(1): 1–6.
8. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al.: A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 2017; 359: j4891.
9. Ilkic I: Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation für Gesundheitsberufe. *GGW* 2017; 17(2): 24–30.
10. Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V: *Arztrecht*. 8th ed. München: C.H. Beck 2021; Kap. X. Rn. 83 ff., 94 ff.
11. Linecker M, Krones T, Berg T, et al.: Potentially inappropriate liver transplantation in the era of the „sickest first“ policy – A search for the upper limits. *J Hepatol* 2018; 68(4): 798–813.
12. Makoul G, Clayman ML: An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006; 60(3): 301–12.
13. McMillan J: Futility: a perennial issue for medical ethics. *J Med Ethics* 2021; 47(10): 649.
14. Nair-Collins M: Laying Futility to Rest. *J Med Philos* 2015; 40(5): 554–83.
15. Packheiser M, Mohr D: Serious Illness Conversation. <https://www.dmpm-kg.de/SIC> (letzter Zugriff 18.02.2022).
16. Rosenzweig MQ: Breaking bad news: a guide for effective and empathetic communication. *Nurse Pract* 2012; 37(2): 1–4.
17. Schwarzwald U: Ernsthaft krank: Wie sagt es der Arzt seinem Patienten? *WAZ* 2020. <https://www.waz.de/region/rhein-und-ruhr/schlechte-nachrichten-wie-bringen-aerzte-sie-patienten-bei-id228822631.html> (letzter Zugriff 18.02.2022).
18. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit – zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin. *Swiss Academies Communications*, Vol. 16, N° 6, 2021.
19. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. 2. Auflage 2019.
20. Vivas L, Carpenter T: Meaningful futility: requests for resuscitation against medical recommendation. *J Med Ethics* 2021; 47(10): 654–6.
21. Vos MA de, van der Heide A, Maurice-Stam H, et al.: The process of end-of-life decision-making in pediatrics: a national survey in the Netherlands. *Pediatrics* 2011; 127(4): e1004–12.
22. Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G: Ethical assessment of life-prolonging treatment. *The Lancet Oncology* 2011; 12(8): 720–2.
23. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Advance Care Planning (ACP). *Dtsch Arztebl* 2019; 116(50): A-2372 / B-1948 / C-1888.
24. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Entscheidungsunterstützung ärztlicher Tätigkeit durch Künstliche Intelligenz. *Dtsch Arztebl* 2021; 118(33–34): A-1537 / B-1277.

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann, Tübingen
 Prof. Dr. jur. Frauke Brosius-Gersdorf, LL.M., Potsdam
 Prof. Dr. theol. Elisabeth Gräß-Schmidt, Tübingen
 Prof. Dr. med. Wolfram Henn, Homburg
 Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. İlhan Ilkic, M.A., Istanbul/TR
 Dr. phil. Julia Inthorn, Hannover (Federführende)
 Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Tanja Krones, Zürich/CH
 Prof. Dr. phil. Dirk Lanzerath, Bonn
 Prof. Dr. jur. Dr. h. c. Volker Lipp, Göttingen (Federführender)
 Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, München
 Dr. med. Stephan M. Probst, Bielefeld
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Sabine Salloch, Hannover
 Prof. Dr. med. Jan Schildmann, Halle (Saale)
 Prof. Dr. phil. Ingrid Schneider, Hamburg
 Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Mannheim (Vorsitzender)
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler, Heidelberg

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
 E-Mail: zeko@baek.de
<https://www.zentrale-ethikkommission.de>